

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raoul LESUEUR

Né à Bernay, le 18 décembre 1885

ÉTUDE

SUR LES

Anévrismes de l'Aorte Abdominale

Président : M. WIDAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

Médecin de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

C'est dans son service de l'Hôpital Cochin que j'ai recueilli les observations qui font le sujet de cette thèse. Je le remercie de l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien en accepter la présidence.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage:

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT
Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD
(*In memoriam*)
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Externat:

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE
Chirurgien de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION
Chirurgien de Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH
Médecin de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT
Médecin de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Accouchement:

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

ÉTUDE

SUR LES

Anévrismes de l'Aorte Abdominale

INTRODUCTION

L'anévrisme de l'aorte abdominale, peut occuper deux situations :

Il peut être *haut situé*, thoraco-abdominal plutôt qu'abdominal vrai, à cheval sur l'orifice aortique du diaphragme.

Il peut être au contraire *bas situé*, occupant l'aorte abdominale en un point quelconque de son trajet à partir du tronc cœliaque. Cette division est capitale, nous le verrons plus loin, au point de vue des symptômes et du diagnostic.

L'anévrisme *haut situé*, occupe la région cœliaque ; il repose sur les piliers du diaphragme, vient s'étrangler sur l'orifice qu'ils délimitent et fait hernie sur une plus ou moins grande étendue dans la cavité thoracique. Il occupe cette région dite des « Erreurs de diagnostic » par la multiplicité des phénomènes

fonctionnels qu'il entraîne, par la difficulté de son exploration et l'absence de signes physiques qui en résulte.

La tumeur anévrismale aussi haut située est inaccessible à la palpation même profonde. Elle est inaccessible également par l'exploration postérieure. Mais par contre, grâce à ses connexions intimes et d'extrême importance avec le plexus coeliaque et ses organes constitutifs, elle comporte une séméiologie fonctionnelle très riche et très variée, séméiologie surtout viscérale, bien faite dans tous les cas pour égarer le diagnostic.

L'anévrisme bas situé est au contraire facilement accessible ; de plus, la tendance de cette forme d'anévrisme à faire saillie en arrière, les connexions nerveuses qui se font surtout avec les nerfs du plexus lombaire entraînent une séméiologie qui peut être surtout fémorale ou bien franchement abdominale, et facilitent grandement le diagnostic de cette forme.

L'anévrisme de l'aorte abdominale est généralement unique. Cependant, il peut être multiple et coexister avec un anévrisme de la crosse, de la portion thoracique de l'aorte descendante ou bien encore, avec un anévrisme des iliaques primitives.

L'anévrisme de l'aorte abdominale peut être fusiforme, cylindrique, intéressant toute la circonférence du vaisseau. Il peut être ampullaire, hémisphérique, formant une véritable calotte accolée à l'artère et communiquant largement avec sa cavité.

Il peut être sacciforme, enfin, et c'est sous cette

forme qu'on le rencontre le plus habituellement.

Le volume de la tumeur est variable, de celui d'une noix à celui d'une grosse orange. La surface en est lisse, régulièrement arrondie. D'autres fois, au contraire, elle est irrégulière, mamelonnée, recouverte de bosselures, présentant à sa surface des dilata-tions de seconde formation.

Au point de vue structural, le phénomène domi-nant est la mésartérite. La tunique moyenne, en effet, est détruite dans toute l'étendue de la poche ; les fibres élastiques, au microscope, sont raréfiées, disso-ciées, et n'apparaissent plus que ça et là par petits amas ; les vasa vasorum sont oblitérés, il y a infil-tration leucocytaire.

On peut voir secondairement survenir la dégéné-rescence granulo-graisseuse. Le tissu conjunctivo-vasculaire de nouvelle formation s'étend transversalement de la tunique interne à la tunique externe et a remplacé en tous ses points la tunique élastique.

Extérieurement la tumeur s'étend progressive-ment, les viscères adjacents sont déplacés, refoulés, comprimés, le tissu conjonctif peut être le siège d'inflammations chroniques, et les phénomènes de sclérose adjacente contribuent puissamment à ren-forcer la poche. Les tissus adjacents sont érodés, ulcérés, les corps vertébraux peuvent être détruits au contact de la poche, le canal vertébral peut être ouvert et la moelle comprimée par l'anévrisme procident.

Dans l'intérieur de la poche, on trouve des coagu-

lations de deux sortes. Les unes sont fibreuses, adhérentes, résistantes, elles s'organisent secondairement et subissent à la longue l'infiltration calcaire. Elles font corps avec l'endartère, dont l'examen au microscope arrive difficilement à l'en séparer. Les autres sont cruoriques, friables; ce sont de véritables caillots par stase dont l'extrémité effilée peut se prolonger dans l'intérieur du vaisseau.

Au point de vue de leur évolution anatomique, ces anévrismes peuvent guérir spontanément par l'oblitération de la poche et se transformer en une tumeur crétacée. Mais l'évolution la plus habituelle est la rupture spontanée. Celle-ci peut se faire dans un viscère voisin, dans l'intestin, dans la plèvre ou le péricarde pour les anévrismes de la région sous-diaphragmatique, mais, le plus souvent, cette rupture se fait dans la cavité péritonéale, provoquant une véritable inondation péritonéale, et il suffit de feuilleter les comptes-rendus de la société anatomique pour se rendre compte de la fréquence de cette évolution.

D'autres fois, la rupture se fait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, donnant naissance à un anévrisme diffus : anévrisme faux, consécutif des auteurs. Le sang infiltré s'épanche sous le péritoine derrière le foie, dans les fosses lombaires, pouvant même descendre dans les fosses iliaques.

Cette rupture de l'anévrisme est précédée souvent de la formation d'un anévrisme disséquant. Celui-ci reconnaît pour cause la rupture de l'endartère, à la

lisière d'une plaque athéromateuse ; celle-ci bascule dans la lumière du vaisseau, annonçant le décollement de la tunique interne : puis le sang s'infiltré dans l'épaisseur même des tuniques vasculaires.

D'autres fois enfin, cette rupture se fait dans la veine-cave inférieure, c'est le cas tout au moins de la portion toute terminale de l'aorte ; il en résulte un anévrisme artérioso-veineux, la communication pouvant être largement béante ou fissuraire.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des anévrismes de l'aorte abdominale est la même que celle des anévrismes des autres portions de l'aorte.

On observe cet anévrisme le plus souvent entre quarante et soixante ans. Lorsqu'il a été donné de le constater chez l'adolescent, dans des cas tout à fait exceptionnels, on pouvait incriminer l'hérédosyphilis.

L'anévrisme de l'aorte abdominale est extrêmement rare chez la femme.

Lorsqu'on feuillette les gazettes médicales anglaises, on est frappé de la fréquence de cette affection dans la race anglo-saxonne sans que l'on puisse se l'expliquer.

On ne peut dire si telle ou telle profession favorise l'anévrisme.

Les causes de l'anévrisme de l'aorte abdominale sont les mêmes que celles de l'aorte.

En premier lieu, nous signalerons la syphilis. C'est elle la grande cause des anévrismes. On la retrouve dans 70 o/o des antécédents des malades, et lorsqu'elle semble absente, la réaction de Wassermann

décèle la syphilis méconnue. Il y a longtemps, en effet, que l'on avait constaté la coexistence fréquente de l'une et l'autre affection, et l'on avait pu incriminer la syphilis comme cause primordiale des anévrismes quels qu'ils soient. Le Wassermann est venu nous donner une preuve nouvelle de l'étiologie syphilitique des anévrismes.

Laubry et Parvu, dans une communication faite à la Société de Biologie en 1909, montrent que le Wassermann est positif dans 11 cas sur 15.

Joltrain, dans ses *Nouvelles méthodes de séro-diagnostic* (1911), insiste de nouveau sur l'origine syphilitique des anévrismes révélés par le Wassermann.

L'anévrisme survient au moins dix ou douze ans après le chancre. Ses lésions n'ont, en général, comme nous l'avons vu, aucun caractère spécifique, et l'on peut compter les cas où elles présentent l'aspect scléro-gommeux des lésions syphilitiques.

Lancereaux avait insisté sur le paludisme comme cause fréquente des anévrismes. Mais, il faut bien le dire, le paludisme est une cause extrêmement rare.

Le rhumatisme articulaire aigu a été relevé dans les antécédents des malades, et il est des cas où il semble que c'est à lui seul que l'on doive imputer l'anévrisme, témoin un cas signalé par Joltrain, d'autres par Rénon, Bernert, Ruppert, P.-E. Weil et Minaro.

La fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, la variole, la grippe, les infections, quelles qu'elles soient, pourraient, suivant certains auteurs, déter-

miner des anévrismes. Ces cas sont sujets à caution.

Certains auteurs tels que Boinet ont signalé l'intoxication éthylique ; d'autres, l'intoxication saturnine, d'autres enfin, tels que Peter, l'intoxication tabagique. Arthrisme, goutte, rhumatisme chronique, autant de causes dont, semble-t-il, il ne faille pas tenir compte.

Il est des cas où le traumatisme peut être invoqué dans l'étiologie. Ces cas sont tout à fait exceptionnels.

En résumé, nous voyons que les causes de l'anévrisme de l'aorte abdominale sont les mêmes que celles des anévrismes des autres portions de l'aorte.

SYMPTOMES

L'anévrisme de l'aorte abdominale peut s'annoncer brusquement, après une période de latence prolongée, par des accidents bruyants et rapidement mortels : hémorragie foudroyante, rupture dans l'abdomen par exemple.

Le plus souvent cependant, il s'annonce insidieusement par des phénomènes douloureux à type névralgique, et ces manifestations douloureuses, par leur ténacité, par leur persistance anormale, sont les premiers symptômes qui attirent l'attention.

Les douleurs, dans l'anévrisme de l'aorte abdominale, se présentent sous des aspects différents.

En premier lieu, ce sont les *douleurs névralgiques*. Celles-ci généralement unilatérales sont le plus souvent des névralgies iléo-lombaires, parfois névralgies abdomino-génitales, génito-crurales, fémoro-cutanées ou névralgies sciatiques. Ce sont des douleurs en ceinture, avec des irradiations inguinales, scrotales, périnéales, elles sont réveillées par la pression aux points de Valleix, à l'émergence des racines ; elles revêtent tous les intermédiaires depuis

le coup de fouet violent, la douleur fulgurante en ceinture, jusqu'aux simples phénomènes parasthétiques d'engourdissement et de fourmillement.

Elles sont calmées par certaines attitudes : position inclinée du corps en avant ou sur le côté, position couchée ; la médication hypotensive a une action sur elles. Le nitrite d'amyle en effet, en abaissant momentanément la tension artérielle, diminue l'expansion de la poche. Ce soulagement immédiat et momentané des phénomènes douloureux sous l'influence du nitrite d'amyle apporte une présomption importante en faveur de l'origine anévrysmale des phénomènes douloureux.

Elles sont réveillées par toutes les causes d'hypertension momentanée, entraînant la surdistension de la poche : le mouvement, les efforts musculaires par exemple. On peut les réveiller notamment par la compression forcée des deux fémorales (manœuvre de Schniltze) : procédé d'exploration dangereux d'ailleurs et exposant à la rupture de la poche.

Ces douleurs sont tenaces, persistantes, ne cédant aux traitements usuels de la douleur ; et c'est cette ténacité même qui en fait le caractère dominant.

A côté de ces douleurs névralgiques, douleurs de compression nerveuse, on peut trouver une *douleur proprement anévrysmale*, c'est une douleur pulsatile, sourde, sensation de battements, d'expansion, de plénitude intra-abdominale.

Ce peuvent être également des *douleurs osseuses*,

ténébrantes, lancinantes, attribuables à l'usure des corps vertébraux par la tumeur anévrismale.

Les *douleurs* enfin peuvent revêtir le *type paraplégique*, elles irradient dans les deux jambes, revêtent volontiers ce type de douleurs fulgurantes. Elles peuvent s'accompagner de phénomènes de claudication intermittente avec paralysie transitoire des deux membres inférieurs. Enfin, si la compression de la moelle atteint un certain degré, on voit s'installer un état spasmodique pouvant aller de la simple exagération des réflexes à la contracture confirmée avec troubles sphinctériens.

A côté de ces douleurs pariétales, l'anévrisme de l'aorte abdominale peut s'accompagner de *douleurs* à type *nettement viscéral*. Ces crises viscérales se rencontrent surtout dans les cas d'anévrisme haut situé, dans les formes sous-diaphragmatiques ou thoraco-abdominales de l'anévrisme. On peut voir des crises rénales et urétériques à irradiations scrotales et périnéales simulant la colique néphrétique ; des douleurs dans la région du foie que l'on attribue à la lithiasé ; des douleurs pelviennes utérines ou utéro-annexielles, mais les manifestations gastro-intestinales sont parmi les plus importantes et les mieux étudiées. Du côté de l'estomac on peut rencontrer toutes les manifestations possibles fonctionnelles ou douloureuses, depuis les phénomènes dyspeptiques, les plus banaux en apparence, jusqu'aux grandes crises gastriques avec douleurs violentes, intolérance complète et tendance syncopale.

Du côté de l'intestin, les manifestations sont moins fréquentes mais plus variées encore, on a noté des crises spasmodiques, avec coliques violentes, contraction de l'anse intestinale que l'on sent sous la main, avec défense musculaire plus ou moins marquée gênant l'exploration. Des crises mucorréiques avec débâcles séreuses parfois sanguinolentes, des phénomènes paralytiques avec tympanisme abdominal et signes de pseudo-occlusion. Toutes ces manifestations viscérales s'observent aussi bien au cours de l'anévrisme de l'aortite abdominale ; la pathogénie en est complexe et l'on peut, suivant les cas, les attribuer à une crise hypertensive localisée (Pai), à une névrite du plexus solaire (Laignel-Lavastine), ou à de véritables lésions anatomiques, telles que des infarctus ou des embolies dans les mésentériques.

En dehors de ces symptômes fonctionnels, on constate parfois des *hémorragies intestinales* plus ou moins abondantes que l'on confond fréquemment avec des hémorragies dues aux hémorroïdes.

Signes physiques. — Les signes physiques lorsqu'ils existent sont ceux des anévrismes d'une façon générale. L'anévrisme de l'aorte descendante vient faire saillie, volontiers en arrière, sur les flancs du rachis ; plus souvent, cependant, il reste antérieur, et c'est par la palpation de l'abdomen en obtenant le relâchement de la paroi qu'on arrive à l'explorer.

C'est une tumeur pulsatile, animée de battements synchrones au rythme cardiaque. La main qui la

comprime est soulevée rythmiquement à chaque systole. Parfois, lorsque la tumeur est très volumineuse et vient se mettre en contact directement avec la paroi, on peut, à jour frisant, constater visuellement ce caractère pulsatile. Cette tumeur est non seulement pulsatile, mais encore elle est expansive ; et c'est là son caractère capital. Si le sujet est maigre, en effet, et à paroi très relâchée, on peut arriver à saisir cette tumeur, à la prendre transversalement entre les doigts. On sent alors un élargissement rythmique de la poche, les doigts qui palpent sont écartés transversalement et ce caractère nettement expansif d'une tumeur pulsatile comporte à lui seul le diagnostic d'anévrisme.

La palpation permet également de percevoir un *thrill* : c'est-à-dire, un frémissement systolique et synchrone aux battements. A l'auscultation on entend un souffle *unique* dû vraisemblablement à la pénétration du sang sous pression dans la poche à travers le collet rétréci ; le souffle augmente par la compression des fémorales. Dans certains cas, on devrait entendre un léger souffle diastolique, dû au reflux du sang de la poche dans l'artère, mais ce souffle diastolique est rare dans l'affection qui nous occupe. Il ne fait pas partie normalement de la symptomatologie de l'aorte abdominale.

Enfin, par les procédés d'inscription, on pourrait mettre en évidence un deuxième battement, très atténué, le premier seul étant perceptible à l'oreille. Il semble que là comme au niveau de la crosse aor-

tique, la poche anévrysmale se distend en deux temps.

Dans certains cas, la tumeur anévrysmale fait saillie sous la peau dans la région lombaire. Elle est alors facile à explorer : on a la sensation d'une poche pseudo-kystique, vaguement fluctuante, partiellement réductible, la peau, à son niveau peut s'infiltrer de taches ecchymotiques, d'un sombre pronostic, précédant la rupture.

Enfin, en aval de la poche, au niveau des fémorales, on constate un retard très net du pouls fémoral sur le pouls des radiales par suite de l'interposition de la poche qui ralentit le cours du sang.

La pression artérielle est souvent abaissée au niveau des fémorales, parfois augmentée dans les cas tout au moins d'aortite concomitante ; enfin, le tracé du pouls fémoral montre un abaissement de la ligne d'inscription qui tend à devenir une courbe peu élevée et régulièrement ondulante.

Radioscopie. — La radioscopie pourra donner de précieux renseignements.

Si la radioscopie est indispensable pour le diagnostic de l'ectasie de l'aorte thoracique, elle est cependant moins révélatrice quand il s'agit d'ectasie de l'aorte abdominale. En effet, tandis que l'ectasie de la région thoracique est toujours accessible aux rayons X, il n'en va pas de même pour l'ectasie de la région abdominale. La masse intestinale empêche de percevoir nettement l'aorte abdominale. Il est cependant des cas où très manifestement on distin-

guera une tumeur battant dans la région abdominale, sur le trajet de l'aorte, témoin un des cas que nous rapportons.

Afin de pouvoir examiner facilement l'aorte abdominale à l'écran, il sera de toute nécessité que le malade soit à jeun depuis au moins douze heures, son intestin ayant été préalablement évacué.

Si l'on constate cette tumeur battant dans la région abdominale, il faudra, autant qu'on le pourra, s'assurer que cette tumeur fait corps avec l'aorte, continue l'aorte et est continuée par elle. On tâchera d'éliminer ainsi une tumeur animée de mouvements par l'aorte sous-jacente. Ce sera toujours là un examen délicat. Dans un certain nombre de cas néanmoins on pourra constater nettement l'anévrisme, constatation qui permet ou de confirmer un diagnostic hésitant ou de révéler une ectasie qui faisait errer le clinicien.

Dans les cas où l'on ne constate pas à l'écran cette tumeur pulsatile dans l'abdomen, la radioscopie pourra néanmoins donner encore des renseignements. Elle pourra, dans certains cas, nous permettre d'éliminer d'autres affections ; et ainsi, en restreignant le champ de l'investigation clinique, nous faciliter le diagnostic d'ectasie.

Témoin le cas personnel que nous rapportons plus loin.

La radioscopie est donc un moyen de diagnostic des anévrismes de l'aorte abdominale, dont l'on ne saurait plus se passer à l'heure actuelle.

Petits signes révélateurs récemment décrits. — Récemment à la Société médicale des hôpitaux, MM. Barié et Colombe, ainsi que M. Claisse, attireraient l'attention sur l'emploi du nitrite d'amyle comme moyen thérapeutique et diagnostic dans les aortites.

D'autre part, M. Barié citait des cas de tension différente à la pédieuse et à la radiale dans les aortites abdominales. Pour lui, ce serait un signe important d'aortite abdominale, lorsque l'on constaterait une tension plus grande au membre inférieur qu'au membre supérieur.

M. Ribierre n'était pas de cet avis, ayant trouvé fréquemment cette différence de tension chez des individus normaux.

Ces deux petits signes d'aortite pourront se rencontrer dans l'anévrisme de l'aorte abdominale avec aortite. C'est ainsi que nous les avons constatés dans deux cas.

ÉVOLUTION

L'évolution de l'anévrisme de l'aorte abdominale se fait normalement vers la rupture de la poche. La marche de l'affection est progressive, la tumeur s'étend d'une façon constante, aboutissant finalement à la rupture. Celle-ci s'annonce cliniquement, à l'occasion d'un effort, par exemple, ou de toute autre cause d'hypertension subite, par une douleur sou-

daine, déchirante, véritable coup de poignard abdominal siégeant dans la région de l'ombilic et diffusant rapidement à tout l'abdomen. Les phénomènes de shock sont au maximum, avec pâleur de la face, sueurs froides ; le pouls est incomptable, filiforme, le malade a des tendances à la syncope ; en même temps l'abdomen se ballonne et la mort survient avec tous les symptômes d'une grande hémorragie dans les heures qui suivent ou même en quelques minutes.

Dans certains cas, cette rupture de l'anévrisme demeure sous-péritonéale, l'épanchement reste enkysté dans les fosses lombaires ou iliaques, pouvant retarder de plusieurs jours le dénouement fatal. On constate alors que le souffle diffuse dans une large étendue, que la zone de battements et d'expansion s'étend maintenant sur une large surface. Cet enkystement peut persister indéfiniment et l'anévrisme diffus qui en résulte peut être compatible dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, avec une survie prolongée.

D'autres fois, la rupture demeure interstitielle. L'épanchement s'infiltre dans les tuniques mêmes du vaisseau et il y a formation d'un anévrisme disséquant avec lequel le malade pourra vivre pendant des mois ou des années. Outre les phénomènes de shock et les phénomènes douloureux déjà signalés, on constate l'élargissement du vaisseau sur une plus ou moins grande étendue.

La rupture de l'anévrisme peut se faire dans le canal rachidien. Cette terminaison d'ailleurs est

exceptionnelle. Elle se traduit par l'apparition subite d'une paraplégie flasque avec mort rapide dans les heures qui suivent.

Enfin la rupture peut se faire dans le tube digestif. Elle peut être annoncée plusieurs jours d'avance par de petites hémorragies gastro-intestinales, fragmentées, répétées, annonçant la fissuration de la poche, sans que ce signe soit un signe de certitude, car, ainsi que nous l'avons vu précédemment, les anévrismes peuvent, en dehors de toute rupture, s'accompagner de petites hémorragies intestinales par thromboses ou embolies, dans le domaine de la mésentérique.

La rupture de la poche se traduit ensuite par une hématomèse foudroyante ou bien par une hémorragie intestinale extrêmement abondante, la mort pouvant survenir d'ailleurs avant que le sang ait eu le temps d'apparaître à l'extérieur.

Mentionnons la possibilité d'anévrismes artérioso-veineux, entre l'aorte et la veine cave inférieure. En outre de la douleur et des phénomènes syncopaux, cette évolution s'annonce par l'apparition rapide d'un œdème de la région sous-diaphragmatique du corps. Le souffle devient plus intense, continu, cette fois, avec renforcement systolique ; le frémissement est plus intense également et la mort survient dans les heures qui suivent.

Signalons la possibilité de la rupture à la peau, terminaison exceptionnelle, d'ailleurs, et que l'on

n'observe que dans des cas où la tumeur vient faire saillie sur les flancs du rachis.

Enfin, il n'est pas rare de voir l'ectasie sous-diaphragmatique se rompre à travers le diaphragme perforé, dans la plèvre ou dans le péricarde, comme un anévrisme de l'aorte thoracique.

Quant aux cas de guérison spontanée par oblitération de la poche, il sont extrêmement rares. Certaines observations, cependant, établissent la possibilité d'un tel processus. Mais ce ne sont que des faits exceptionnels qui constituent plutôt des curiosités anatomiques.

FORMES CLINIQUES

L'anévrisme de l'aorte abdominal se présente suivant deux types cliniques, qu'il est classique, depuis Huchard, d'opposer l'un à l'autre.

Le premier type est l'anévrisme haut situé, sous-diaphragmatique, l'anévrisme de la région cœliaque. Cet anévrisme est inaccessible à l'exploration physique, profondément situé qu'il est dans la partie la plus élevée et la plus reculée de la cavité abdominale. Par contre, ses connexions intimes avec le plexus solaire, qui tient sous sa dépendance l'innervation de tout l'abdomen, lui prête une symptomatologie d'emprunt des plus riches et bien faite pour dérouter le diagnostic clinique. Dans cette forme d'anévrisme haut situé, il n'y a pas de tumeur, nul centre de battement ni d'expansion anormale, sauf dans les cas, d'ailleurs rares, où la tumeur érode les côtes et vient faire saillie en arrière.

Les phénomènes douloureux, par contre, sont très intenses ; ce sont des névralgies à type iléo-lombaire surtout ou abdomino-génital, sur la valeur de diagnostic desquelles Huchard avait attiré l'attention.

Ce sont les crises viscérales surtout, crises gas-

triques, manifestations intestinales multiples et variées que l'on observe dans cette forme. Enfin, les phénomènes paraplégiques par usure vertébrale se verront de préférence dans ces cas d'anévrisme haut situé.

L'anévrisme bas situé, au contraire, est facilement perceptible. C'est la tumeur pulsatile qui attire l'attention du malade. La palpation est aisée. Les symptômes physiques ont facilement perceptibles. Les phénomènes douloureux, par contre, sont réduits au minimum, et l'on a pu dire avec forte raison que l'anévrisme de l'aorte abdominal est d'autant plus douloureux qu'il est plus haut situé. Ici point de crises viscérales. Les douleurs névralgiques sont surtout irradiées aux membres inférieurs.

Dans certains cas enfin, les compressions peuvent porter sur différents organes. Les phénomènes d'emprunt peuvent dominer la scène, donnant naissance à des formes anormales ou larvées d'anévrisme abdominal. C'est ainsi que l'ascite par compression portale peut résumer en elle seule toute la symptomatologie, que l'œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave sont les symptômes qui amènent le malade à l'hôpital. D'autres fois encore c'est un ictère chronique par rétention, une hydronéphrose que rien n'explique, derrière laquelle il faudra dépister l'anévrisme.

Nous reviendrons sur ces formes anormales au chapitre du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anévrisme de l'aorte abdominal se pose dans deux conditions.

Ou bien il y a tumeur anévrismale avec ses caractères si spéciaux de battements et d'expansion, le frémissement, le thrill qui ne laissent aucun doute sur la nature de cette tumeur.

Ou bien la tumeur fait défaut, et ce sont les symptômes de compression qui résument à eux seuls l'histoire de la maladie.

Nous allons examiner successivement l'un et l'autre de ces deux cas.

Premier cas. — Il y a tumeur.

Le diagnostic est généralement facile. L'existence d'une tumeur, sur la ligne médiane, bien délimitée, située au-devant du rachis, animée de battements, pulsatile et ne pouvant se déplacer ni de haut en bas ni dans le sens transversal est pathognomonique.

C'est tout au plus si une tumeur abdominale quelconque, quelle que soit la nature, kystique, ganglionnaire ou néoplasique, dans le cas tout au moins où elle transmet les battements de l'aorte sur lesquels elle repose, pourrait créer une hésitation. C'est ainsi que les tumeurs du pancréas, que les cancers bien délimités du pylore, que les adénopathies des chaînes lombaires ascendantes subissent normalement l'impulsion de l'aorte sur laquelle ils reposent.

Mais, fait capital, ces tumeurs, si elles sont bien pulsatiles, ne sont point expansives, et c'est là le signe qu'il faudra rechercher avec le plus grand soin. La pulsatilité, en effet, est une manifestation banale de toutes ces tumeurs juxta-aortiques ; l'expansion en masse, au contraire, l'élargissement transversal et la tumeur saisie entre les doigts est la caractéristique de la tumeur anévrysmale.

Mais il faut bien savoir que l'aorte elle-même est pulsatile. Ces pulsations, insignifiantes généralement et difficiles à percevoir, revêtent, au contraire, chez certains individus cachectiques, à parois minces, dans certains cas d'éréthisme vasculaire intense, au cours de la maladie de Basedow, par exemple, une amplitude tout à fait anormale. Ce sont de véritables cas de pseudo-anévrysmes de l'aorte abdominal sur lesquels Demansky a attiré l'attention.

Le diagnostic se fera dans ce cas par la palpation méthodique du vaisseau qui apparaît parfaitement lisse, sans bosselures localisées et participant également dans tous les points à cet éréthisme.

Mais le gros diagnostic de l'anévrisme de l'aorte abdominal est à faire en réalité avec l'aortite abdominale. Celle-ci, en effet, se voit chez les mêmes sujets que ceux qui font de l'ectasie ; elle s'observe aux environs de la cinquantaine, chez des individus fréquemment anciens syphilitiques. Les affections d'ailleurs coexistent souvent.

Dans l'aortite abdominale les phénomènes fonctionnels sont sensiblement les mêmes : il faut noter cependant la fréquence toute spéciale des manifestations gastro-intestinales, et ces phénomènes gastro-intestinaux survenant au cours de l'aortite abdominale ont fait l'objet de travaux importants, de Potain d'abord, puis du Dr Teissier (de Lyon), plus récemment de M. le professeur agrégé Loeper.

Les crises névralgiques sont moins habituelles dans l'aortite que dans l'anévrisme. Les symptômes cliniques enfin sont en certains points différents. Dans un cas on a une tumeur circonscrite, avec battements et expansion, bien délimitée : dans l'autre cas, au contraire, on ne trouve pas de tumeur ; l'aorte paraît distendue dans toute sa longueur, on la sent élargie à la palpation abdominale, incurvée sur elle-même par suite de son allongement. Enfin, phénomène très important sur lequel ont insisté MM. Barié et Colombe à la Société médicale des Hôpitaux, on constate au niveau de la pédieuse une hypertension localisée et très forte. Cette hypertension à elle seule dans le territoire de la pédieuse doit faire penser à l'aortite. Cependant aortite et ectasie

coexistant fréquemment, on pourra constater ce symptôme, ainsi que le prouve une de nos observations dans l'anévrisme.

L'épreuve du nitrite d'amyle est positive dans l'un et l'autre cas ; elle n'a pas par conséquent de valeur diagnostique entre les deux affections.

Deuxième cas : Il n'y a pas de tumeur

La scène clinique est dominée par les phénomènes douloureux, et c'est le diagnostic des douleurs qui s'impose au médecin.

Les névralgies, en elles-mêmes, n'ont rien de pathogénomiques ; banales par leur siège, banales par leur intensité, elles peuvent apparaître aussi bien comme des névralgies idiopathiques *a frigore* ou rhumatismales, comme des névralgies symptomatiques d'une maladie nerveuse ou de compression radiculaire.

Le lumbago, la sciatique banale, les rhumatismes chroniques des goutteux et des arthritiques pourraient aussi bien donner des douleurs analogues.

Le mal de Pott dorso-lombaire, le cancer vertébral, les causes quelles qu'elles soient de compression médullaire peuvent se manifester par des semblables douleurs à type radiculaire ou à type paraplégique.

Nous n'aurons même pas ici, pour nous guider, l'existence ou l'absence des douleurs apophysaires, la douleur à la pression et à la percussion des masses vertébrales qui existent aussi bien dans les ané-

vrismes rongeurs juxta-vertébraux que dans le mal de Pott ou le cancer des vertèbres.

Le signe d'Argyll, la ponction lombaire, la réaction de Wassermann n'apporteront qu'un appoint insuffisant au diagnostic. On connaît en effet la fréquence des ectasies, quelle que soit leur topographie, et des manifestations de syphilis nerveuse.

Ces symptômes d'une syphilis antérieure pourraient révéler une syphilis nerveuse méconnue, aussi bien qu'un anévrysme de l'aorte abdominale.

Mais, en eux-mêmes, cependant ces phénomènes douloureux présentent certains caractères intrinsèques sur lesquels insistait M. Huchard. Ces douleurs sont tenaces, persistantes, ne cédant pas aux médicaments anti-nerveux. Elles sont influencées surtout par certaines attitudes, par certaines manœuvres qui modifient la distension de la poche. Elles sont accrues manifestement par la compression des fémorales, après l'effort ; calmées au contraire par les inhalations de nitrite d'amyle ; et ces derniers caractères, pour ne citer que ceux-là, entraînent à eux seuls une présomption en faveur de l'origine ectasique des phénomènes douloureux.

Les crises viscérales, elles-mêmes, comportent un diagnostic spécial.

Les phénomènes gastralgiques avec douleurs atténuées peuvent être mis sur le compte d'une dyspepsie banale. La grande crise gastrique avec douleur en broche, état syncopal, pourrait faire penser à

un ulcère d'estomac, et surtout à une crise gastrique tabétique. L'ulcère d'estomac se diagnostique aisément. Le caractère des douleurs (réveillées par l'alimentation, calmées par les vomissements), le début des crises douloureuses, deux ou trois heures après le repas, permettent à elles seules de faire le diagnostic.

L'âge différent des malades, jeunes dans un cas, âgés dans l'autre, l'évolution par crises séparées par des intervalles de calme plus ou moins complet ; les hémorragies surtout, lorsqu'elles existent, permettront aisément, dans la majorité des cas, de faire le diagnostic d'ulcère.

Parfois, cependant, les hémorragies existent dans l'anévrisme aortique. Un ulcère ancien, subissant la transformation néoplasique, peut donner naissance à des phénomènes douloureux d'une extrême intensité apparaissant à l'âge mûr ; et l'on conçoit que de ce fait le diagnostic puisse être délicat.

Il en va de l'ulcère du duodénum comme de l'ulcère de l'estomac. Les crises douloureuses tardives, les paroxysmes douloureux d'une extrême acuité, la situation haute du point douloureux sous le rebord costal, le melaena fréquent viendront là encore créer des confusions.

Les crises tabétiques représentent le diagnostic et beaucoup le plus délicat. Leur polymorphisme d'une part, leur caractère de névralgies solaires d'autre part, peuvent réaliser un syndrome absolument semblable aux crises gastriques des aortiques. La patho-

génie doit en être analogue. Enfin si l'on tient compte de la coexistence fréquente d'un tabès incipiens chez un aortique syphilitique, on juge de la difficulté du diagnostic. Cependant un symptôme doit attirer l'attention plutôt vers le tabès, c'est le caractère paroxystique de ces crises douloureuses qui débutent brusquement en pleine santé et disparaissent comme elles sont venues, sans cause, laissant dans l'intervalle le malade dans un parfait état de tranquillité. Les douleurs anévrismales, au contraire, sont continuelles, progressives dans leur évolution ; elles ne revêtent jamais ce caractère exclusivement paroxystique.

Il est des cas où le diagnostic sera très difficile à faire avec un cancer du corps du pancréas qui se traduit par des douleurs extrêmement intenses. Il faudra, lorsqu'on soupçonne cette éventualité, rechercher les points douloureux de la zone pancréatico-cholédocienne du Dr Chauffard, quand il n'y aura ni ictère, ni signes d'insuffisance pancréatique, le diagnostic sera fort malaisé.

Enfin, dans certains cas, on se trouvera en présence d'une ascite, d'un œdème des membres inférieurs, d'un ictère par rétention. C'est par l'examen minutieux du malade, appareil par appareil, en procédant par élimination et surtout par la radioscopie que l'on pourra parfois arriver au diagnostic.

Nous ne répéterons pas tout ce que nous avons dit à ce sujet dans le chapitre de la symptomatologie. Nous rappellerons seulement que la radioscopie

pourra donner les plus utiles renseignements, soit en montrant la tumeur anévrysmale elle-même, soit en faisant constater une absence de lésion des autres organes.

TRAITEMENT

Le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sera un traitement symptomatique et étiologique.

Le traitement symptomatique s'adressera aux douleurs. Il faudra avoir recours aux préparations opiacées, mais bien souvent malgré cette médication on n'obtiendra pas une cessation des phénomènes douloureux qui restent tenaces, rebelles.

L'emploi du nitrite d'amyle, qui a été de nouveau préconisé par M. Claisse, peut rendre de grands services. M. Claisse, dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 31 janvier 1913, signale un cas où une crise douloureuse s'atténua dès les premières inhalations. Nous-même avons expérimenté le nitrite d'amyle dans deux cas. Dans le premier il nous a rendu les plus grands services en faisant cesser les douleurs intolérables des malades ; dans le second, au contraire, il n'a amené qu'une sédation très momentanée des phénomènes douloureux.

L'autre médication symptomatique devra agir sur l'hypertension : il faudra s'efforcer de la diminuer par les différents hypotenseurs. En ingestion l'on

pourra donner soit la trinitrine, soit le nitrite de soude. C'est du reste en qualité d'hypotenseur qu'agit le nitrite d'amyle.

Mais au fond cette médication symptomatique sera une médication de désarmé. Ce qu'il faut, c'est aller à la cause de l'ectasie, de l'anévrisme de l'aorte abdominale ; cette cause, dans l'extrême majorité des cas, étant la syphilis, c'est à la syphilis qu'il faudra s'adresser. Jusqu'à présent le traitement antispécifique ne semblait pas avoir donné de grands résultats. Cependant, des observations récentes ont montré que ce traitement longuement poursuivi pouvait donner des améliorations manifestes dans la symptomatologie et tout au moins arrêter l'évolution de l'anévrisme.

D'autre part, l'emploi du salvarsan a pu donner des résultats heureux.

MM. Vaquez et Laubry, dans la séance du 14 juin 1912, à la Société médicale des hôpitaux, ont fait une communication sur le traitement des aortites syphilitiques et des anévrismes de l'aorte. Ils ont observé 28 malades, sur ces 28 malades ils en ont traité 15 par l'arsénobenzol : ils divisaient ces 15 malades en trois groupes :

Un premier groupe comprenant 4 malades chez qui les injections furent remarquables ; elles amenèrent la disparition des douleurs ; d'autre part, l'examen clinique et l'examen orthodiagraphique décelèrent une diminution de la tumeur anévrysmale.

Un deuxième groupe comprenant 5 malades chez

lesquels les symptômes fonctionnels cédèrent au traitement sans toutefois que l'examen clinique ou orthodiagraphique décelât aucune modification dans le volume de la tumeur.

Un troisième groupe, enfin, comprenant 6 malades chez lesquels l'effet du traitement fut nul.

Sur ces 28 malades, 13 furent soumis au traitement mercuriel, soit par les injections de cyanure de mercure intra-veineux soit par les injections de biiodure. Tous ces malades furent promptement améliorés, les symptômes fonctionnels disparurent, l'examen orthodiagraphique décela chez deux d'entre eux une diminution des dimensions de l'aorte.

Les auteurs concluent en donnant la préférence aux injections intra-veineuses du cyanure de mercure, à la dose de 0 gr. 01 par jour. Si elles ne peuvent être pratiquées ou si elles sont mal tolérées, on leur substituera, soit des injections intra-musculaires du même sel, soit des injections de biiodure de 0 gr. 02. On instituera parallèlement le traitement iodé appliqué sous forme d'iodure, ou sous forme d'iodipine ou de lipiodol.

Si les résultats ne répondent pas à ce que l'on était en droit d'en attendre, il faudra entreprendre des injections de salvarsan. Nous avons tenu à citer ce travail de MM. Vaquez et Laubry, travail le plus récent sur la question et qui met bien au point le traitement des anévrismes aortiques.

Il est permis d'espérer, que grâce à un traitement aussi bien conduit, on pourra, dans ces cas d'ané-

vrismes qui semblaient jusqu'ici désespérés au point de vue thérapeutique, arriver, sinon à une diminution des signes physiques, du moins à une sédation des symptômes fonctionnels. Enfin l'anévrisme pourra être fixé dans son évolution.

Reste à envisager le cas où l'anévrisme n'est pas de cause syphilitique. Lorsqu'on se sera assuré que la réaction de Wassermann est négative, lorsqu'on aura vérifié qu'elle ne peut être réactivée, se trouvant en présence d'un anévrisme qui n'est pas de cause syphilitique, il sera inutile de donner le traitement spécifique, mais il sera toujours bon de donner le traitement ioduré.

Si l'on peut remonter à la cause de l'anévrisme, rhumatisme ou paludisme, on pourra tenter de traiter l'anévrisme par la médication qui s'adresse à ces affections.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

S... André, trente-six ans, brasseur.

Entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Vidal, pour des douleurs siégeant au niveau de l'abdomen, dans la région péri-ombilicale, avec irradiations dans les fosses iliaques.

Ces sensations douloureuses surviennent d'une façon irrégulière, environ toutes les deux heures; la douleur est intense, elle subit des exacerbations, enfin, elle diminue assez brusquement d'acuité, et le malade a une période de demi-répît pendant laquelle il n'éprouve qu'une sensation de pesanteur.

Rien à signaler dans les antécédents tant héréditaires que personnels du malade. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis et la réaction de Wassermann pratiquée dans son sérum a été négative.

A l'interrogatoire du malade, on apprend que l'affection aurait débuté d'une façon brusque, un mois auparavant. Jusque-là, le malade était tout à fait bien portant, mais le 4 avril, à 8 heures du matin, brusquement, sans cause, il ressentit une douleur violente au niveau de la région épigastrique. C'était une sensation de constriction. Il lui

semblait, disait-il, qu'on lui aurait « appuyé brutalement le poing dans l'abdomen ». Il parvint pourtant à marcher, mais en se tenant courbé en avant. Il travaille néanmoins, mais les douleurs, allant en augmentant, il est obligé, à midi, de quitter son travail et d'aller s'aliter.

Pendant trois jours, la douleur persiste, continuelle, mais changeant de place : tantôt localisée à la région péri-ombilicale, tantôt localisée dans une des deux fosses iliaques.

La douleur est telle, qu'elle empêche le malade de dormir ; aussi, appelle-t-il un médecin. Celui-ci, impressionné par les douleurs abdominales, qui absorbent toute la symptomatologie, diagnostique des troubles intestinaux et conseille, au malade, une purgation.

La douleur s'étant atténuée, et n'ayant plus que des paroxysmes à intervalles de plusieurs heures, le malade se remet au travail vers le 10 avril ; mais, il ne peut continuer à travailler que quatre jours. A ce moment, une crise aussi violente que la précédente se manifeste. Le malade ressent une douleur intense dans la région péri-ombilicale ; douleur qui irradie dans les deux fosses iliaques. Il s'alite et pendant plusieurs jours, il conserve une douleur sourde dans l'abdomen, avec, à certains moments, des paroxysmes très pénibles. Alarmé par de tels symptômes, le malade se décide à entrer le 22 avril, dans le service de M. le professeur Vidal.

On constate, comme symptômes à son entrée les signes que nous venons de décrire et une constipation qui ne cède qu'aux laxatifs ; enfin il accuse une céphalée assez intense.

En présence des symptômes abdominaux révélés par l'interrogatoire du malade, nous examinons l'abdomen. Le

malade étendu dans son lit, la tête basse, les jambes écartées et à demi-fléchies de façon à relâcher les muscles de la paroi abdominale, et à rendre la palpation profonde plus aisée, on constate :

A l'inspection à jour frisant, un soulèvement de la paroi abdominale dans la région sus-ombilicale ; soulèvement qui se manifeste à chaque systole.

A la palpation, on sent, dans la profondeur, une tumeur animée de battements avec expansion.

A l'auscultation, on entend, dans la même région, un souffle de tonalité basse.

La palpation profonde réveille les douleurs dans cette région. Ces douleurs, tantôt restent localisées à la région même où on fait la palpation, tantôt irradient dans les fosses illiaques.

L'examen du cœur ne dénote aucun symptôme anormal. Le cœur ne semble pas hypertrophié, les bruits sont normaux. Les artères radiales sont dures, tendues, la tension, prise au Pachon, est de 21 maxima, 12 minima.

Les autres appareils sont normaux, le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas perceptible.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

L'examen des réflexes montre qu'ils sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

On se trouvait donc en présence d'un malade, chez lequel on constatait de violentes douleurs abdominales avec tumeur pulsatile dans la région sus-ombilicale.

Cette tumeur pulsatile aiguillait le diagnostic. Elle nous empêchait de nous égarer dans l'hypothèse d'une affection

du tube digestif à laquelle on aurait pu penser tout d'abord étant donné, les violentes douleurs pour lesquelles le malade entre à l'hôpital et sur lesquelles il a attiré tout spécialement notre attention.

Ces battements de la région sus-ombilicale n'étaient pas les battements aortiques que l'on peut voir chez les individus amaigris et névropathes, il s'agissait de plus.

On était vraisemblablement en présence d'une véritable tumeur pulsatile, quelle était l'origine de cette tumeur ? S'agissait-il d'une tumeur animée de battements communiqués par l'aorte ? Ce diagnostic devait être éliminé.

Si l'on pouvait penser à une tumeur du système digestif, telle qu'une tumeur de l'estomac avec battements dus à l'aorte sous-jacente, l'absence de phénomènes digestifs autres que la constipation faisait rayer ce diagnostic.

Étant donné les crises douloureuses très spéciales avec irradiations dans les fosses iliaques, la sensation de tumeur animée de battements, nous pouvions éliminer un autre diagnostic, celui de cancer du corps du pancréas avec le « syndrome pancreatico-solaire » décrit par M. le professeur Chauffard. La douleur, en effet, ne siégeait pas dans la région spéciale, pancréatico-cholédocienne.

Au point de vue clinique, on devait donc penser avant tout à une ectasie de l'aorte abdominale.

Étudiant le pouls fémoral, nous avons constaté un retard notable de ce pouls sur le pouls radial.

Nous avons recherché ensuite si l'on constatait, au niveau de la pédicuse, une tension plus élevée qu'au niveau de la radiale. Ces mesures pratiquées avec le sphygmomanomètre de Pachon, nous ont donné les résultats suivants :

Au niveau de la pédieuse : 27 millimètres de pression maxima.

Au niveau de la radiale : 21 millimètres de pression maxima.



SCHÉMA RADIOSCOPIQUE DE M. RAULOT-LAPOINTE
(Vue postérieure)

Nous avons pratiqué l'épreuve du nitrite d'amyle. Ayant fait respirer au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle, au moment d'une crise douloureuse, nous vîmes se manifester un soulagement spontané des douleurs. Nous avons

répété plusieurs fois cette preuve qui nous a toujours donné les mêmes résultats et le malade lui-même se mit à réclamer du nitrite d'amyle, en ayant constaté les bons effets, afin de pouvoir calmer les crises.

L'examen radioscopique pratiqué par M. Raulot-Lapointe a permis d'affirmer le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale (voir schéma annexé).

Cet examen a montré, dans la région thoracique, une ectasie de l'aorte. Cette ectasie fut une véritable surprise de radioscopie, car aucun symptôme fonctionnel, aucun signe physique, ne nous avait permis de la soupçonner.

D'autre part, dans la région abdominale, avec vue postérieure, on voit une tumeur globuleuse *animée de battements*, siégeant à gauche de la colonne vertébrale et située sur le trajet de l'aorte abdominale. Nul doute, il s'agissait d'une ectasie de l'aorte abdominale doublée d'une ectasie de l'aorte thoracique. Le diagnostic était confirmé.

Recherchant la cause de cette ectasie double, nous n'avons pu en trouver la clef. Le malade nie tout antécédent syphilitique; d'autre part, la réaction de Wassermann est négative. Il n'a jamais présenté de crises de paludisme, il n'a jamais eu de crises de rhumatisme articulaire aigu; enfin, on ne retrouve dans les antécédents du malade aucune infection.

Nous ne savons ce qu'est devenu ce malade, étant donné que, sur sa demande, il quitta l'hôpital quelques jours après son entrée.

Nous ferons remarquer dans cette observation que l'on a pu constater deux petits signes importants à signaler :

D'une part l'hypertension à la pédiense ;

D'autre part, l'épreuve positive du nitrite d'amyle.

Ces signes indiquaient qu'il y avait coexistence d'aortite.

Enfin, c'est la radioscopie, qui, nous montrant très nettement une tumeur battant dans la région abdominale, tumeur siégeant le long de l'aorte, nous permet d'affirmer le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Remarquons en passant la coexistence d'un anévrisme de l'aorte thoracique, coexistence qui est souvent signalée dans les observations que nous avons compulsées.

Enfin, il est un dernier point, sur lequel nous voulons insister, c'est l'absence complète d'étiologie. Si la syphilis est le plus souvent reconnue comme étiologie de l'anévrisme, ici elle est absente.

La réaction de Wassermann qui révèle si souvent une syphilis méconnue était négative.

Le paludisme, l'autre grande cause des anévrismes, pouvait être également éliminé.

Le rhumatisme articulaire aigu, cette autre cause sinon fréquente, du moins signalée, ne pouvait être invoqué.

Nous restons donc dans le doute au point de vue étiologique.

OBSERVATION II (Personnelle)

H... Napoléon, soixante-sept ans, comptable.

Ce malade, âgé de soixante-sept ans, entrain dans le service de M. le professeur Widal le 8 octobre 1913, pour une dyspnée violente avec douleurs abdominales et thoraciques. Ces phénomènes douloureux remontent à cinq ans.

Déjà à cette période de début existent deux sièges de la douleur, l'un thoracique, l'autre hypogastrique.

La douleur thoracique siège dans la région costale gauche et derrière le sternum. Elle se manifeste par crises survenant à peu près régulièrement tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Véritable sensation d'angoisse, d'étau ou de barre. Cette douleur thoracique n'irradie pas.

La douleur hypogastrique arrive par crises passagères, à intervalles réguliers, elle irradie vers la fosse iliaque gauche et jusque vers le triangle de Scarpa.

Il est en outre un symptôme sur lequel le malade attire tout spécialement l'attention, c'est la dyspnée.

Ce fut d'abord une dyspnée d'effort, remontant à plusieurs années, dit le malade. Cette dyspnée augmente progressivement d'intensité, de fréquence, jusqu'à devenir continue. Mais alors, sur ce fond chronique se greffèrent des accès paroxystiques qui frappèrent et effrayèrent le malade.

Brusquement, la nuit, le malade est réveillé, à la manière d'un accès d'asthme, par une sensation d'étouffement intense. La soif d'air, le besoin impérieux de respirer font que le malade se lève, et va à sa fenêtre grande ouverte. Pendant quatre années, ces crises de suffocation nocturne

ont duré. D'abord intenses, elles se sont estompées peu à peu et depuis un an elle ont disparu, ne laissant après elles qu'une dyspnée continue interdisant au malade tout effort et même presque tout mouvement.

De plus, il y a quatre ou cinq mois, le malade présenta un abaissement notable de la tonalité vocale, mais jamais l'aphonie ne fut complète.

S'il présenta une toux sèche et brève, jamais cette toux n'affecta le caractère spasmodique ou coqueluchoïde.

Le malade dit ressentir fréquemment des vertiges et des bourdonnements d'oreille.

La déglutition des aliments fut toujours lente, leur digestion normale, dit le malade. Cependant il signale, dans ses selles, la présence de sang rouge qu'on ne peut attribuer à des hémorroïdes, l'examen pratiqué n'en ayant pas révélé.

L'examen clinique du malade au point de vue cardio-vasculaire, dénote :

A l'inspection de la région précordiale à jour frisant une très légère voussure à gauche du sternum.

A la percussion, une augmentation de la matité cardiaque débordant de plus de deux travers de doigt le bord gauche du sternum.

La palpation ne révèle aucun symptôme anormal.

A l'auscultation : il n'existe ni souffle ni claquements, seul le deuxième bruit prend au niveau du deuxième espace intercostal droit un caractère claugoreux.

Dans la région épigastrique la palpation très douloureuse dénote à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic un siège de battements et la main qui palpe éprouve une légère sensation d'expansion.

A ce niveau l'auscultation révèle deux bruits sourds syn-

chrones avec le bruit cardiaque, et l'existence d'un souffle systolique.

Les artères sont dures et flexueuses, le pouls radial gauche est plus faible que le droit.

Au niveau de la fémorale, on note une dilatation pulsatile avec, à l'auscultation, un double souffle.

La tension artérielle mesurée au sphygmomanomètre de Pachon donne 17 millimètres de pression minima et 21 millimètres de pression maxima.

Au point de vue respiratoire on note l'existence de râles et de frottements disséminés dans toute l'étendue du thorax. De plus, aux deux sommets, on peut entendre des craquements, en faisant tousser le malade.

En arrière, dans la partie gauche de la région interscapulaire, on note un souffle avec timbre mat de la respiration.

L'examen des autres appareils n'offre rien à signaler.

En résumé, ce malade présente des douleurs paroxysmiques, thoraciques et abdominales, enfin de la dyspnée.

L'examen et l'étude détaillée des symptômes cardio-vasculaires ;

Les modifications du pouls ;

Les symptômes abdominaux ;

L'existence des petites hémorragies intestinales ;

La tension artérielle plus élevée au membre inférieur qu'au membre supérieur ;

Tous ces signes nous conduisent normalement au diagnostic de double ectasie aortique, thoracique et abdominale.

La radioscopie pratiquée par M. Raulot-Lapointe vient confirmer ce diagnostic.

Au point de vue étiologique, le malade ne présente dans ses antécédents aucune crise de paludisme ou de rhumatisme articulaire aigu, pas plus d'ailleurs qu'une infection quelconque.

Il nie tout antécédent syphilitique. La réaction de Wassermann est négative.

Le traitement ioduré n'a pas amélioré l'état du malade.

OBSERVATION III

(Leyden, *Deut. Med. Woch.*, n° 29, 1909.)

Uebereinen Fale von Aneurisma der aorta abdominalis

Homme de seize ans, garde-frein. Sans antécédent paludique, rhumatisme ou infectieux. Nie la syphilis.

En 1898, en voulant sauter d'une fenêtre, il tombe sur le ventre. Depuis cette époque, le malade se plaint de douleurs fréquentes à l'épigastre, une dyspnée progressive l'a forcé à quitter le travail.

A l'examen on entend à la pointe un bruit suivi d'un souffle systolique, puis d'un souffle diastolique au-dessus du manubrium sternal, d'autant mieux perceptible que l'on se rapprochait de l'appendice xyphoïde. Aucun retard du pouls.

A la palpation de l'abdomen on observe une tumeur située dans la région lombaire gauche, cette tumeur est pulsatile et animée de battements, elle est de forme ronde et a la grosseur d'une pomme.

Pas de retard des pouls fémoraux.

OBSERVATION IV

(G. Clarac et G. Huc, *Bull. de Soc. anat.*, avril 1911.)

Anévrisme diffus par rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale

Femme âgée de soixante-cinq ans, entrant le 10 décembre 1910 dans le service de M. le Dr Macaigne à l'hôpital Tenon.

Elle se plaignait de douleurs intolérables siégeant à la partie inférieure du thorax et à la partie supérieure de l'abdomen, affectant le type de douleur dite « en ceinture ». Cette douleur irradiait vers le haut du thorax et jusque dans les membres supérieurs. Elle arrachait des cris à la malade qui, un peu agitée et angoissée, se laissait difficilement examiner.

Cette malade n'avait pas eu antérieurement d'histoire pathologique bien évidente, elle rapportait l'origine de sa maladie actuelle à une chute sur le dos faite dans un escalier deux jours auparavant.

Depuis cet accident elle aurait en plus des phénomènes douloureux, signalés plus haut, des vomissements constants à chaque tentative d'alimentation et une constipation absolue.

A l'examen. — On pouvait constater un facies extrêmement anxieux, légèrement pâle et un peu de dyspnée. Le foie paraissait un peu augmenté de volume, l'abdomen était un peu ballonné et tendu ; mais la douleur empêchait un examen plus approfondi.

Au niveau du thorax on constatait à la base droite un peu de submatité avec diminution du murmure vésiculaire.

La dyspnée augmentant, l'agitation étant de plus en plus marquée, la malade mourut au bout de quelques heures.

A l'autopsie. — On nota la présence d'un épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre droite et quelques suffusions sanguines à la base des poumons sous la plèvre viscérale.

Dans l'abdomen, on notait particulièrement l'existence d'une suffusion sanguine abondante rétro-péritonéale, étendue en hauteur du diaphragme à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte; en largeur, d'un rein à l'autre.

En arrière, les corps vertébraux étaient usés.

CONCLUSIONS

I. — L'anévrisme de l'aorte abdominale présente deux types cliniques bien tranchés :

Un type haut situé, sans symptômes physiques, la tumeur est inaccessible et se révèle cliniquement par des douleurs irradiées et des crises viscérales de type gastro-intestinal.

Un type bas situé, où les symptômes fonctionnels sont réduits au minimum et où les signes physiques sont beaucoup plus marqués.

II. — Lorsque le diagnostic hésite entre l'aortite abdominale simple et l'anévrisme de l'aorte abdominale, la constatation d'une hypertension localisée au niveau des membres inférieurs plaidera en faveur de l'aortite, mais l'anévrisme peut coexister avec l'aortite.

III. — Dans tous les cas de névralgies tenaces et rebelles de la région iléo-lombaire, qui ne font pas leur preuve, un examen radioscopique s'impose. Il pourra souvent révéler un anévrisme méconnu.

IV. — Le traitement devra être un traitement mercuriel intensif, sous forme de cyanure de mercure en

injection intra-veineuse. Si ce traitement échoue au point de vue de la diminution des symptômes fonctionnels, il faudra avoir recours à l'arsénobenzol ou au salvarsan.

Vu par le Président de la thèse,

WIDAL

Vu par le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

I. — Comme travaux d'ensemble sur la question, consulter :

DARQUET. — Thèse de Paris, 1899.

BONEL. — Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte abdominale. Thèse de Paris, 1891.

DUMAS. — Contribution à l'étude de l'anévrisme sacciforme de l'aorte abdominale. Thèse de Paris, 1911.

Voir également les traités de médecine et consulter :

STOKES. — Maladies du cœur et de l'aorte (Dictionnaire Jaccoud. — Dictionnaire Dechambre).

II. — Sur les phénomènes douloureux, consulter :

HUCHARD. — Maladies du cœur et de l'aorte.

ROUX. — Valeur symptomatique et diagnostique des névralgies, et en particulier de la névralgie iléo-lombaire dans les conséquences de l'aorte descendante. Thèse de Paris, 1907.

III. — Sur les crises viscérales des aortiques, consulter :

LÆPER. — Les Crises intestinales des aortiques (Progrès médical, 1910).

MATHIEU et ROUX. — Aortite abdominale et douleurs gastro-entéralgiques (Archives des mal. de l'app. digestif, 1907).

IV. — Sur le diagnostic différentiel avec l'aorte abdominale :

TEISSIER. — Semaine médicale, nov. 1912.

— Bulletin médical, 1904.

CASTAIGNE et GOURAUD. — Journal méd. français, 1912.

V. — A propos du signe de la pédieuse et de l'épreuve du nitrite d'amyle :

COLOMBE. — Aortite abdominale (Gaz. des hôpitaux, 1913).

BARIÉ et COLOMBE. — Soc. méd. des hôpitaux, février 1913.

VI. — A propos du traitement :

VAQUEZ et LAUBRY. — Soc. méd. des hôpitaux, 1913, p. 876.

LE NOIR. — Soc. méd. des hôpitaux, p. 921.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris. — 2329-13
